N° 78
12.

# APPENDICITE TUBERCULEUSE

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 28 Juillet 1906**

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
LIBRARY

PAR

**Gaston ESTÈVE**
Né à Lansargues, le 11 Juin 1879

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson
1906

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . Doyen
TRUC . . . . . Assesseur

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Clinique médicale . . . . . | MM. GRASSET (✻) |
| Clinique chirurgicale . . . . . | TEDENAT. |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . | HAMELIN (✻) |
| Clinique médicale . . . . . | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerv. | MAIRET (✻). |
| Physique médicale. . . . . | IMBERT. |
| Botanique et hist. nat. méd. . . . . | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale. . . . . | FORGUE (✻). |
| Clinique ophtalmologique. . . . . | TRUC. |
| Chimie médicale. . . . . | VILLE. |
| Physiologie. . . . . | HEDON. |
| Histologie . . . . . | VIALLETON. |
| Pathologie interne . . . . . | DUCAMP. |
| Anatomie. . . . . | GILIS. |
| Opérations et appareils . . . . . | ESTOR. |
| Microbiologie . . . . . | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie . . . . . | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants . . . . | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique . . . . . | BOSC. |
| Hygiène. . . . . | BERTIN-SANS. |
| Clinique obstétricale. . . . . | VALLOIS. |

*Professeur adjoint :* M. RAUZIER
*Doyen honoraire :* M. VIALLETON.
*Professeurs honoraires :*
MM. JAUMES, E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées | MM. VEDEL, agrégé. |
| Clinique annexe des mal. des vieillards. . | RAUZIER, prof. adjoint |
| Pathologie externe . . . . . | JEANBRAU, agrégé |
| Pathologie générale . . . . . | RAYMOND, agr. (✻). |
| Clinique gynécologique. . . . . | DE ROUVILLE, Ag. libre |
| Accouchements. . . . . | PUECH, agrégé lib. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. GALAVIELLE | MM. JEANBRAU | MM. GAGNIERE |
| RAYMOND (✻) | POUJOL | GRYNFELTT Ed. |
| VIRES | SOUBEIRAN | LAPEYRE |
| VEDEL | GUERIN | |

M. IZARD, *secrétaire.*

## Examinateurs de la Thèse

| | |
|---|---|
| MM. TÉDENAT, *président.* | MM. SOUBEIRAN, *agrégé.* |
| GILIS, *professeur.* | GUÉRIN, *agrégé.* |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

ESTÈVE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

ESTÈVE.

# AVANT-PROPOS

*Au moment de terminer notre scolarité, c'est pour nous un agréable devoir de témoigner, tout d'abord à nos chers parents, la plus vive reconnaissance et de remercier ensuite tous nos maîtres qui n'ont cessé de nous prodiguer leur précieux enseignement.*

*Nous assistions, avec un plaisir sans cesse renaissant, aux claires, vivantes et si parfaites cliniques de M. le Professeur Tédenat; nous ne saurions trop le remercier aujourd'hui d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse, et de nous avoir communiqué des observations personnelles.*

*Nous garderons toujours le souvenir de l'excellent enseignement anatomique de M. le Professeur Gilis.*

*Nous sommes reconnaissant à M. le Professeur Bosc de la constante bienveillance qu'il nous a témoignée pendant la durée de nos études.*

*Tous nos remerciements à M. le Professeur-agrégé Guérin, d'avoir bien voulu faire partie de notre jury.*

*M. le Professeur-agrégé Soubeiran fut pour nous un ami en même temps qu'un maître; trop court a été le temps où nous avons suivi ses consultations gratuites; nous le quittons avec un vif regret.*

*Merci enfin à tous nos amis et collègues, collaborateurs de tous les instants, à qui nous adressons un affectueux souvenir.*

# APPENDICITE TUBERCULEUSE

## CHAPITRE PREMIER

### HISTORIQUE

Il est facile de définir l'appendicite tuberculeuse, l'appendicite déterminée par le bacille de Koch, et de la distinguer ainsi des appendicites banales qui peuvent survenir chez le tuberculeux. Pour être en effet atteint de lésions bacillaires diverses on n'en est pas moins exposé aux appendicites, et ce serait une grave erreur de vouloir placer sous un seul vocable étiologique tous les accidents que l'on rencontre chez les tuberculeux.

L'appendicite tuberculeuse est déjà connue et étudiée depuis longtemps. La première observation qui en ait été rapportée serait, au dire de Lesueur (Thèse de Paris, 1903), due à Corbin, d'Orléans, qui en 1837 la signala dans une note publiée par la *Gazette Médicale*, qui avait pour sujet les maladies de l'appendice cœcal. Les cas rapportés ensuite sont pour la plupart relatifs à des perforations appendiculaires dont la cause anatomique était due à une tuberculose intestinale propagée à l'appendice. Tels sont ceux que Bodart et Simon ont communiqués à la Société Anatomique successivement, le premier en 1844 et le second en 1847. Dufour fait en 1852 une commu-

nication analogue et il faut en venir à Broca pour voir, la même année et à la même société, communiquer un cas de tuberculose appendiculaire non compliqué de perforation. La pièce que ce dernier auteur présentait à l'appui de son observation était farcie de tubercules et il la comparait à une pièce de tuberculose urétérale.

L'on conçoit que cette série de tuberculose appendiculaire compliquée de perforation devait conduire les auteurs à considérer cette complication comme de règle dans l'affection qui nous occupe. Aussi les thèses et les travaux consacrés à la perforation appendiculaire signalent-ils la tuberculose comme en étant une des causes les plus fréquentes. C'est le cas de Bodart en 1844, de Favre en 1851. A l'étranger s'accuse la même tendance : Cless, Albers déclarent que l'accumulation de la matière tuberculeuse dans l'intérieur du cœcum et la perforation consécutive de l'appendicite s'observent assez souvent. Leudet dans un mémoire publié aux Archives générales de médecine en 1859, rapporte quatre nouveaux faits de bacillose appendiculaire avec perforation consécutive.

Crouzet (1) est le premier qui ait réagi contre la tendance qui faisait de toute appendicite tuberculeuse une appendicite perforante et il trouve trop fortes les proportions données par Leudet; il place cependant la tuberculose au premier rang parmi les causes de perforations appendiculaires. Après le travail de cet auteur qui date de 1865, l'apport de nouveaux faits se ralentit, les mémoires de Blatin (2), de Sauzède (3),

---

(1) Crouzet. Des perforations spontanées de l'appendice iléo-cœcal. (Thèse de Paris, 1865.)

(2) Blatin. Recherches sur la typhlite et la pérityphlite consécutive. (Thèse de Paris, 1868).

(3) Sauzède. Etranglement interne consécutif à une perforation de l'appendice cœcal. (Thèse de Paris, 1871).

de Legrain (1), de Paulier (2), de Tavérney (3), se contentent de parler de l'appendicite tuberculeuse sur la foi de ceux qui les ont précédés, mais n'apportent pas une observation nouvelle.

On arrive ainsi jusqu'en 1878 où, dans sa thèse d'agrégation consacrée à la tuberculisation du tube digestif, Spillmann (4) décrit de façon magistrale les lesions anatomo-pathologiques de la tuberculose appendiculaire.

Après ce travail l'appendicite tuberculeuse n'occupe plus le monde médical pas plus que les autres lésions de cet organe. Des écrits mêmes tels que ceux de Trèves (5), de Norman Bridge (6), d'Elliot (7), de Denis (8), de Kummel (9), consacrés à l'appendicite, restent muets sur celles de nature tuberculeuse.

Puis peu à peu le réveil se fait autour de cette question. Bouglé (10) rapporte un travail de Bogg's que Lesueur a vainement recherché. En 1891 Bland Sutton (11) parle de nouveau

---

(1) Legrain. Contribution à l'étude des maladies de l'appendice iléo-cœcal. (Paris, 1875).

(2) Paulier. Typhlite et périty phlite. (Thèse de Paris, 1875).

(3) Taverney. Des ulcérations et perforations de l'appendice vermiculaire. (Thèse de Paris, 1877).

(4) Spillmann. De la tuberculisation du tube digestif. (Thèse d'agrégation, 1878).

(5) Trèves. *Royal medical and chirurgical Society*. (*In* Lancet, London, 1888, p. 322, et Lancet, 1889, p. 67).

(6) Norman Bridge. *Medical News*, mai 1890.

(7) Elliot. *American Journal of Medical Sciences*, juin 1890.

(8) Denis. *Medical News*, 1891.

(9) Kummel. Congrès de Berlin, 1890.

(10) Bouglé. L'appendicite tuberculeuse. (Archives générales de médecine, 1903, t. I, p. 263.

(11) Bland Sutton *Transact. of the medical Soc. of London*. 13 feb. 1891, *in* British Med. Journal, 1891.

d'appendicite tuberculeuse et publie une observation qui, croit-il, en est un exemple, mais la recherche des bacilles étant restée négative, il ne peut apporter la preuve de son assertion. La même année Hartmann et Pilliet (1) publient une observation caractéristique de la lésion qui nous occupe avec une analyse anatomo-pathologique tout à fait concluante.

En 1891 commence le prodigieux travail qui a amené cette si fructueuse étude de tout ce qui touche à l'appendice. Roux de Lausanne (2) publie son mémoire sur la périty phlite suppurée et cite trois cas de tuberculose de l'appendice. L'année suivante, en 1892, une discussion sur l'appendicite s'engage à la Société de chirurgie. Bouilly (3), Richelot (4), Delorme (5), Terrier (6), Reclus (7), apportent chacun le tribut de leurs observations cliniques et anatomiques. Monod (8) en 1895, donne une observation des plus complètes puisqu'elle est contrôlée par l'examen anatomique et les inoculations. Peu de temps après Aynès (9) consacre un travail d'ensemble à la

---

(1) Hartmann et Pilliet. Note sur une variété de typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région. (*Bull. de la Soc. d'anatomie*, 31 juillet 1891.)

(2) Roux (de Lausanne). Du traitement chirurgical de la périty phlite suppurée (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, nov. 91 et suiv.).

(3) Bouilly. *Bull. de la Soc. de chir.*, 2 mars 1892, p. 165.

(4) Richelot. — — 28 mars 1892, p. 239.

(5) Delorme. — — 30 mars 1892 et 22 nov. 1893.

(6) Terrier. — — 17 fév. et 30 mars 1892.

(7) Reclus. — — 21 juin 1893.

(8) Monod. — — 10 juillet 1895.

(9) Aynès. Recherches et considérations sur la typhlite et l'appendicite tuberculeuse. (Thèse Bordeaux, 1895).

uestion. Nicaise (1), Cathelin (2), Jalaguier (3), publient iverses observations très nettes.

A l'étranger le nombre des publications n'était pas moindre. ahlmann, de Copenhague (4), Czerni et Riedel (5) en Allemagne, Karewski (6) en Russie, Stearns (7), Carl Beck (8) en mérique, publient des travaux intéressant l'appendicite uberculeuse.

Paraissent ensuite trois mémoires importants qui racontent e nouvelles observations. Ce sont ceux : de Josselin de Jarg L'appendicite tuberculeuse, *Revue internationale de la tuberulose*, déc. 1902), de Bouglé (L'appendicite tuberculeuse, *rchives générales de Médecine*, 1903) et enfin la thèse de esueur (9) qui envisage non seulement l'appendicite tuberculeuse proprement dite, mais aussi l'appendicite chez les uberculeux. Dans cette thèse on trouvera un long historique le la question auquel nous avons fait d'ailleurs de larges mprunts.

---

(1) Nicaise. Sur l'appendicite, *Revue de chirurgie*, 1896, p. 386.

(2) Cathelin. Appendicite tuberculeuse avec abcès lombaire et istule pyo-stercorale. *Presse méd.*, 1898.

(3) Jalaguier. Article « appendicite » *in* Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

(4) Zahlman. Hospitals Tidende Copenhague, 1892, n° 36.

(5) Riedel. 70e réunion des médecins et naturalistes allemands tenue à Dusseldorf, 20 sept. 1898.

(6) Karewski. Pathologie und therapie des perityphlitis. 1895.

(7) Stearns. *New-York pathological Society*. (New-York medical Record, 1893, p. 25 )

(8) Carl Beck. Appendicitis (Sammlung klinischer Vorträge, sept. 1898, n° 221 *bis*, n° 65 )

(9) Lesueur. Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'appendicite chez les tuberculeux. (Thèse de Paris, 1903, n° 426).

Dans ces dernières années ont paru successivement la thèse de Petit, les trois rapports sur la tuberculose iléo-cœcale présentés au Congrès international de la tuberculose en 1905 par Roux de Lausanne, Depage et Pinchart de Bruxelles, et Demoulin de Paris. Dans la discussion de ces rapports Cornil, Mayer (de Bruxelles) et Bérard, ont pris successivement la parole. Enfin, dans la *Gazette des hôpitaux* du 14 avril 1906 paraissait une revue générale sur l'appendicite tuberculeuse par Gabriel Hérisson.

---

# CHAPITRE II

## ÉTIOLOGIE

L'appendicite tuberculeuse peut être primitive ou secondaire. Primitive, elle peut l'être réellement, c'est-à-dire qu'elle est la première localisation de la tuberculose dans l'organisme, ou bien elle peut n'être primitive que pour le clinicien, ce qui veut dire qu'elle est secondaire à une lésion tuberculeuse restée jusqu'alors latente. On conçoit que la fréquence relative de ces deux formes soit difficile à établir. En effet, il est rare que la mort survienne au cours de la première crise aiguë, le sujet survit un temps plus ou moins long qui permet à la tuberculose tout d'abord localisée à l'appendice de se généraliser à d'autres organes ; et lorsque l'heure est venue de faire l'autopsie, l'anatomo-pathologue se trouve en présence d'une série de lésions dont il ne peut fixer l'ordre chronologique. Aussi a-t-on discuté ferme pour savoir si l'appendicite tuberculeuse vraiment primitive existait en réalité et on n'est pas parvenu à s'entendre. Il semble cependant que la réponse doive être affirmative et les cas comme celui de Cathelin, où en dehors de l'appendice le cœcum et l'intestin étaient seuls infectés et encore par des lésions beaucoup plus récentes, doivent emporter la conviction.

En clinique la question est moins litigieuse et tous les auteurs reconnaissent que l'appendicite peut être la première manifestation apparente de la tuberculose.

Lorsqu'elle est secondaire, l'appendicite tuberculeuse peut l'être soit à une lésion voisine soit à une lésion éloignée. Elle peut n'être enfin qu'un épisode anatomique d'une granulie. Les lésions voisines qui peuvent lui donner naissance sont la tuberculose intestinale sous toutes ses formes, la péritonite tuberculeuse, ou même l'annexite tuberculeuse; nous étudierons tout à l'heure par quelle voie peut se faire cette contamination. Quant aux lésions éloignées, ce sont toutes les localisations possibles de la tuberculose, mais surtout la bacillose pulmonaire qui est la plus fréquente et aussi celle qui, par la déglutition des crachats, est la plus propre à infecter le tube digestif.

La fréquence de l'appendicite tuberculeuse est difficile à préciser. En effet, il y a bien des moyens d'envisager la question : si l'on ne tient compte que des cas d'appendicite primitive, le nombre en est restreint; si au contraire on fait rentrer en ligne tous les cas où l'affection qui nous occupe est secondaire à une lésion tuberculeuse iléo-cœcale, le nombre en devient beaucoup plus grand. Voici les chiffres donnés par Lesueur dans sa thèse :

Sur 500 autopsies d'appendicite, il en a trouvé 144 cas de tuberculeux, c'est-à-dire 3 °/₀ environ. Dans 91 °/₀ de ces cas il y avait en même temps tuberculose cœcale, dans 8 °/₀ seulement l'appendicite était la seule lésion intestinale.

Cette statistique, qui attribuerait à la tuberculose 3 °/₀ des cas d'appendicite, est faussée par ce fait que les 500 autopsies étaient faites chez des tuberculeux avérés. Aussi cette proportion est-elle de beaucoup trop forte. Hérisson, en utilisant les documents statistiques publiés par Feuwick et Dodwel, Kelly et Hurdon, Tuffier et Jeanne, arrive à un pourcentage de 1 à 2 °/₀.

L'appendicite tuberculeuse, fidèle en cela à la règle suivie par toute appendicite quelle qu'en soit l'origine microbienne.

est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Comme toute lésion tuberculeuse, on la rencontrerait de préférence de quinze à trente ans, mais cette règle n'a rien d'absolu et il est fréquent de voir l'appendicite tuberculeuse soit dans le jeune âge, soit au contraire dans l'extrême vieillesse.

Nous pouvons diviser les causes prédisposantes de l'appendicite tuberculeuse sous trois chefs :

1° Les conditions prédisposantes appendiculaires.

2° Les conditions prédisposantes de voisinage.

3° Les conditions prédisposantes générales.

Les lésions appendiculaires qui peuvent favoriser la fixation au niveau de cet organe du bacille tuberculeux sont innombrables. C'est répéter une vérité aujourd'hui bien banale que de dire que toute cause propre à diminuer la résistance locale d'un organe et à en faire un *locus minoris resistentiae*, prédispose à l'apparition à son niveau d'un processus tuberculeux ; c'est à ce titre que les corps étrangers appendiculaires, débris alimentaires, concrétions fécales, calculs, etc., que les traumatismes, que les difformités congénitales ou acquises telles que torsion, coudure, cicatrices vicieuses, adhérences, sont autant de conditions favorisantes de l'appendicite tuberculeuse. Les appendicites antérieures sembleraient devoir être de ce nombre ; c'est l'opinion de Jalaguier, mais il n'a pas été suivi dans cette voie par tous les classiques; Les uns, Cornil et Richelot entre autres, pensent que c'est la tuberculose qui fait le lit à l'infection banale et non pas cette dernière qui prépare le terrain à l'appendicite tuberculeuse. Appelé à donner son avis sur cette question à propos de deux cas de tuberculose appendiculaire, Letulle a terminé son mémoire (1) par les conclusions suivantes : « La tuberculose

(1) Letulle. Revue de la tuberculose 1905, 2me série.

de l'appendice très ordinairement ulcérative, ne paraît pas favoriser le développement d'infections aiguës secondaires susceptibles d'y produire des poussées d'appendicite aiguë non tuberculeuse. Peut-être même aurait-on, jusqu'à un certain point le droit d'avancer que la bacillose et les infections microbiennes aiguës sont plutôt antagonistes à l'intérieur de l'appendice vermiforme du cœcum. »

Parmi les lésions du voisinage qui peuvent favoriser l'apparition du processus tuberculeux au niveau de l'appendice il nous faut citer toutes les maladies intestinales : les entérites, les colites, les ulcérations typhiques, les ulcérations banales qui entretiennent tout autour de l'appendice un état congestif qui le prive d'une partie de ses moyens de défense. L'annexite et toutes les affections pelviennes peuvent jouer un rôle analogue ; et nous ne parlons pas dans cette énumération des lésions tuberculeuses de l'intestin, du péritoine, des annexes qui par simple voisinage ou par propagation lymphatique ou autre entrent pour une si grande part dans les cas de tuberculose appendiculaire.

Enfin, pour compléter cette liste des causes prédisposant à l'appendicite tuberculeuse il nous faut citer toutes les maladies générales qui débilitent l'organisme et le prédisposent à recevoir l'atteinte du bacille de Koch : la rougeole, la coqueluche, la scarlatine, etc., etc. peuvent jouer ce rôle.

Toutes ces causes n'agissent en général pas isolément, elles combinent leurs efforts pour préparer le terrain et déterminer la localisation du processus tuberculeux ; en tous cas, à elles seules, elles sont impuissantes à faire apparaître la tuberculose appendiculaire ; il faut pour celà que le bacille de Koch arrive au niveau de l'appendice Nous allons maintenant étudier comment ce microorganisme est introduit et quelle voie il emprunte pour apparaître sur le terrain qu'il doit envahir.

Quand on doit déterminer les voies suivies par un microbe

quelconque pour infecter telle ou telle partie du corps humain, il est classique d'en décrire toujours trois : la voie sanguine, la voie lymphatique, la voie directe. Dans le cas particulier, on n'y a pas manqué et, dédoublant la voie directe en intestinale et péritonéale, les auteurs étudient successivement l'apport du bacille tuberculeux au niveau de l'appendice par le sang, la lymphe, le péritoine et le tube digestif. Il est bon de dire tout d'abord que, cliniquement, on n'a jamais eu la preuve que la voie sanguine existât; c'est elle qui serait la plus probable si l'on voulait faire découler un cas de tuberculose appendiculaire d'une affection bacillaire périphérique telle que la tumeur blanche, lupus ou autre; mais il est aussi simple d'invoquer une nouvelle infection extérieure et, la preuve que cette dernière n'a pas existé étant impossible à faire, il sera toujours permis de penser que la voie sanguine est plus théorique que réelle.

La voie lymphatique n'est pas moins exceptionnelle ; le grand argument sur lequel s'appuyaient ses partisans pour la défendre était le pont lymphatique qui existe entre l'ovaire et l'appendice et que Clado avait décrit. Mais cette particularité anatomique est battue en brèche par de nombreux auteurs compétents et Poirier, notamment, en nie absolument l'existence.

La voie péritonéale est beaucoup plus fréquente; c'est à elle que reviennent tous les cas que l'on attribuait à la voie lymphatique au temps où les conceptions de Clado étaient encore admises; c'est par elle aussi que nous expliquerons les cas de tuberculose appendiculaire consécutifs à la tuberculose péritonéale.

Mais de tous les moyens d'accès, le plus fréquemment réalisé et de beaucoup, est l'intestin. Les aliments, le lait, la viande de bœuf peuvent contenir des bacilles ; la tuberculose des bovidés devant être considérée, malgré l'opinion de Koch, comme identique à la tuberculose humaine. Ou bien, cas encore plus fréquent, les crachats déglutis au cours d'une tuberculose ouverte des voies respiratoires introduisent l'ennemi dans la

place. Une fois le bacille tuberculeux dans l'intestin, il peut être expulsé au dehors ou bien traverser la paroi intestinale, arriver dans le sang et, par son intermédiaire, infecter tout l'organisme ; il peut encore se fixer en un endroit faible de l'intestin et s'y développer entraînant les lésions caractéristiques. Qu'une des causes que nous avons étudiées plus haut amoindrisse la résistance de l'appendice, ce dernier sera le lieu où se fera ce développement et la tuberculose appendiculaire sera réalisée.

Mais aux causes générales que nous avons énumérées plus haut et qui favorisent l'apparition de la tuberculose appendiculaire quelle que soit la voie suivie par le bacille, il vient s'en joindre un certain nombre d'autres qui sont plus particulières à l'envahissement bacillaire par la voie digestive. Ce sont la position spéciale et la structure histologique de l'appendice. Voici en quels termes Hérisson résume cette question :

« L'histologie nous apprend que l'appendice est luxueusement pourvu de tissu lymphoïde. Cette grande richesse en follicules clos lui a valu d'être comparé à l'amygdale et aux ganglions lymphatiques. Or le tissu lymphoïde se laisse aisément pénétrer par le bacille tuberculeux. La tuberculose des ganglions est chose banale et la grande fréquence des lésions bacillaires de l'amygdale a été démontrée par Letulle et Escornel. Il était donc à prévoir que l'appendice, l'amygdale de l'intestin, n'échapperait pas à cette loi. Les follicules clos, dont sa paroi regorge et qui la transforment en une vaste plaque de Peyer sont en effet autant de points d'élection chers au bacille de Koch ».

Quant à la situation de l'appendice elle a une importance de premier ordre dans l'étiologie de la tuberculose appendiculaire. Diverticule d'un diverticule, cœcum d'un cœcum, comme dit Reclus, l'appendice est un lieu que fréquentent volontiers les bactéries, vivant dans les matières fécales stagnant dans la région ileo-cœcale. Le bacille de Koch y

pénètre comme les autres et n'attend qu'une occasion, qu'un fléchissement de la défense pour déterminer l'affection dont nous nous occupons, et point n'est besoin d'invoquer ici une augmentation de la virulence par le mécanisme de la cavité close ; les raisons de faiblissement de l'organisme sont, comme nous l'avons déjà vu, assez fréquentes dans cette région.

---

# CHAPITRE III

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Comme celles des autres organes, les lésions que produit la tuberculose sur l'appendice sont extrêmement variées au point de vue macroscopique. Tantôt l'appendice est scléreux et atrophié, d'autres fois, au contraire, on observe une forme hypertrophique ; le plus souvent il conserve son aspect normal et ne présente de lésions que sur une coupe ; inutile de faire remarquer qu'on rencontre un grand nombre de formes de transition.

La sclérose, processus de guérison, ratatine, déforme les organes, étouffant en même temps la lésion tuberculeuse. Les appendices tuberculeux présentant cette forme atrophique, sont courts, irréguliers, de consistance fibreuse ; ils s'accolent par des adhérences aux organes voisins, cœcum en particulier, dont il est difficile de les séparer.

Bouglé rapporte des observations d'appendicites tuberculeuses hypertrophiques. L'appendice était lardacé, extrêmement épaissi ; il avait le volume de trois doigts réunis, plus gros que l'intestin grêle, de couleur blanc grisâtre, il présentait un abcès du volume d'une noisette à son extrémité libre ; le méso était, lui aussi, très épaissi et lardacé.

A part quelques adhérences aux organes voisins, les appendices tuberculeux sont souvent normaux en apparence. La

longueur, les dimensions, la situation, le méso, ne présentent aucune particularité et l'on pourrait se croire en présence d'un appendice sain. Cependant, après une coupe, on remarque que les parois appendiculaires présentent dans la sous-muqueuse de petites granulations grisâtres semi-transparentes. Parfois ces granulations provoquent une saillie de la muqueuse à l'intérieur de la cavité appendiculaire. C'est une appendicite tuberculeuse à granulations grises.

D'autres fois les lésions, au lieu de rester isolées, comme dans la forme à granulations grises, se réunissent pour former des tubercules localisés habituellement à l'extrémité libre de l'organe.

Dans notre observation n° I, nous trouvons un appendice d'une longueur de 12 centim. fixé par quelques adhérences, mais qui présente à son extrémité une masse arrondie de 8 millim. de diamètre séparée du reste de l'appendice par un étranglement serré et fibreux. Cette masse contient une substance épaisse et jaunâtre qui n'est autre que le caseum d'un tubercule. Souvent la lésion ne reste pas séparée par un étranglement ou par la muqueuse saine de la cavité. Les tubercules s'y ouvrent par une ulcération. Tantôt elle siège près de la valvule de Bauhin, tantôt, au contraire, à l'extrémité terminale de l'organe. La forme, les dimensions ne présentent pas de caractères constants ; le fond de l'ulcération est irrégulier et grisâtre.

Dans notre observatiou II, on aperçoit, sur les derniers centimètres de l'appendice, des ulcérations profondes arrivant jusqu'au péritoine épaissi.

Dans notre observation VI, l'appendice présente aussi 3 ou 4 ulcérations tuberculeuses.

Nous avons vu, à propos de l'observation II, que l'ulcération arrivait jusqu'au péritoine ; elle peut même le léser et produire ainsi une perforation. Habituellement, les suites n'en sont pas mortelles à cause des adhérences qui se sont établies entre

le péritoine appendiculaire et celui des organes voisins et qui empêchent les produits septiques de se répandre dans la grande cavité péritonéale

Il y a encore une forme habituelle d'appendicite tuberculeuse qui diffère notablement de celles que nous venons de décrire. C'est plutôt de la péritonite tuberculeuse appendiculaire et péri appendiculaire. Le péritoine est recouvert de petites granulations grises ou jaunes qui s'étendent aussi au cæcum.

Dans notre observation III, nous trouvons, à côté des lésions hypertrophiques l'appendice et une partie du cœcum recouverts par des granulations jaunâtres séparées par des tractus fibroïdes.

*Lésions ganglionnaires.* — Le processus tuberculeux s'accompagne fréquemment d'altération ganglionnaire. L'appendice suit la loi commune ; cette adénopathie appendiculaire tuberculeuse est beaucoup plus marquée et beaucoup plus fréquente que l'adénopathie appendiculaire banale. Les ganglions les plus habituellement pris sont ceux du méso-appendice ; d'autres fois ce sont les ganglions mésentériques, enfin les iliaques et les inguinaux.

Les ganglions ressemblent tout à fait à des ganglions bacillaires quelconques, durs au début, petits, nettement isolés ; ils peuvent se réunir pour former des masses caséeuses d'assez grand volume. D'après Gérard Marchand et Bonjour, on peut trouver une adénite péri-appendiculaire sans lésion appendiculaire.

*Lésions du voisinage.* — Aussi bien que les ganglions lymphatiques, tous les organes voisins peuvent se trouver lésés dans l'évolution de l'appendicite tuberculeuse.

Le péritoine participe très souvent au processus tuberculeux. Tantôt il présente un semis de petites granulations grises

répandues sur le cœcum, la partie terminale de l'iléon, les trompes, et une partie du péritoine pelvien. Ses lésions peuvent être aussi fibreuses et caséeuses et même ascitiques. Il est assez difficile de préciser l'étiologie de cette péritonite tuberculeuse. Parfois elle est primitive ; l'appendice est secondairement atteint comme les autres organes ; d'autres fois elle est consécutive à une appendicite primitive. Dans ce cas les bacilles ont traversé toute l'épaisseur du vermium pour aller ensuite se localiser sous le péritoine et de là s'étendre.

Mais la réaction la plus habituelle du péritoine consiste dans de nombreuses adhérences fibreuses qui comme dans l'appendicite banale protègent la grande cavité péritonéale.

Souvent le méso est épaissi, lardacé et méconnaissable (obs. II et III) atteint d'adénite tuberculeuse.

L'association entre les lésions cœcales et appendiculaires est très fréquente. Mais est-ce le cœcum ou l'appendice qui a été le point de départ ? Il est difficile de le préciser même en tenant compte de l'étendue et de la période d'évolution de ces lésions.

Lorsque c'est l'appendice qui a commencé, la lésion cœcale est localisée à la base de l'appendice, à son point d'implantation ou à la valvule de Bauhin.

## Anatomie pathologique miscroscopique

1° *Muqueuse et sous-muqueuse.* — La muqueuse peut être saine avec un épithélium intact (les bacilles l'ayant traversée sans la léser (expérience de Dobroklonski). Les lésions les plus étendues et probablement les premières en date siègent au niveau des follicules lymphatiques. On y observe un grand nombre « de blocs caséeux ou de follicules tuberculeux riches en cellules géantes et en bacilles de Koch.

Les vaisseaux de cette région s'irritent, les artères s'épaississent, elles sont atteintes d'une endartérite végétante chronique paratuberculeuse, habituellement sans thrombose. Les veines sont envahies également et les caillots qu'elles renferment sont parfois riches en bacilles (Letulle et Weinberg).

Les follicules tuberculeux conglomérés peuvent se développer vers l'intérieur de la cavité appendiculaire derrière le chorion de l'épithélium de la muqueuse et l'on observe alors l'ulcération avec tous ses caractères microscopiques.

2° *Musculeuse.*— Les lésions peuvent aussi s'étendre en sens inverse et envahir la couche musculaire. Il en résulte « une véritable myosite interstitielle bacillaire, scléreuse et caséeuse. » (Letulle et Weinberg.)

La couche sous-séreuse elle-même est épaissie et infiltrée avec des follicules, elle peut s'ulcérer aussi vers la cavité péritonéale en traversant la séreuse. Il y a alors perforation.

---

# CHAPITRE IV

## ETUDE CLINIQUE

La symptomatologie de l'appendicite tuberculeuse a donné lieu à bien des discussions. Pour certains auteurs l'appendicite tuberculeuse n'existe pas cliniquement, pour les autres elle existe. Dieulafoy s'est fait le défenseur de la première opinion. Développant logiquement sa théorie pathogénique de la cavité close, il affirme que puisque le bacille de Koch n'évolue pas dans l'appendice comme dans une cavité close, il ne saurait provoquer l'appendicite vraie. Celle-ci serait réservée aux microbes, hôtes habituels de l'intestin dont la virulence s'exalte plus facilement.

L'appendicite tuberculeuse serait donc d'une « exceptionnelle rareté ». Beaucoup de chirurgiens, Bouilly, Terrier, Delorme, Reclus, etc., prétendent au contraire que le bacille de Koch cause assez souvent l'appendicite, mais on prend habituellement cette dernière affection pour de l'appendicite banale faute d'examen complet. Terrier, dans une discussion qui eut lieu à la Société de Chirurgie le 24 mars 1892, contrairement à l'opinion de Delorme, a soutenu que pour être sûr de se trouver en présence d'appendicite tuberculeuse, il fallait :

1° Faire l'examen histologique de l'appendice enlevé ;

2° Rechercher le bacille de Koch dans les lésions ;

3° Faire l'inoculation au cobaye.

Si l'on pratiquait ainsi l'examen systématique de tous les appendices, on rencontrerait plus souvent en clinique l'appendicite tuberculeuse. On pourrait préciser la nature tuberculeuse d'appendicites en apparence banales. (Observations de Ménétrier et Aubertin, *in* thèse Petit.)

Après avoir exposé les raisons qui précèdent, Hérisson, dans sa Revue Générale de la *Gazette des Hôpitaux*, conclut ainsi :

« En résumé, il est hors de doute que l'appendicite tuberculeuse existe cliniquement ; mais la divergence des opinions émises prouve qu'il faut sérier les cas. » C'est aller un peu vite, et Hérisson ne joue-t-il pas sur les mots ?

Si, dire que l'appendicite tuberculeuse existe cliniquement signifie qu'il y a des appendicites tuberculeuses dans les cliniques, tout le monde est à peu près d'accord. Mais, à notre avis, soutenir qu'une affection existe cliniquement, c'est vouloir dire qu'elle existe en tant qu'entité clinique, qu'elle a une symptomatologie à elle, que le chirurgien ou le médecin, en examinant un malade atteint de cette affection, pourront en faire le diagnostic. Une appendicite tuberculeuse qui a présenté des symptômes banaux et dont la nature est diagnostiquée au bout de quinze jours ou un mois à la suite d'une inoculation au cobaye, a-t-elle existé cliniquement ? Non certes, mais « bactériologiquement ».

Cette distinction n'est pas oiseuse ; et nous pensons que si l'appendicite tuberculeuse existe souvent dans les services hospitaliers, elle ne présente que très rarement des symptômes propres, permettant son diagnostic. Delorme (Société de Chirurgie, 1892) pense bien que « la typhlo-appendicite tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne le pense et que pour en faire le diagnostic mieux vaut s'appuyer sur les caractères cliniques que sur les examens histologiques qui, dans plusieurs cas, ont induit en erreur ». Seulement, quand on re-

cherche ces caractères cliniques spéciaux dans les six observations qu'il communiqua ce jour-là, il est difficile de les trouver. La plupart du temps, pour faire le diagnostic de la tuberculose, Delorme se base sur la coexistence d'autres signes de bacillose : rudesse respiratoire, induration des sommets, nodosités sur l'épididyme, mais jamais sur un complexus symptomatique spécial à la tuberculose de l'appendice.

Pour nous, cet ensemble symptomatique n'existe pas à proprement parler. Ce n'est pas étonnant, l'appendice lésé par une cause banale a tant de manières différentes de réagir (forme chronique dyspeptique, coliques appendiculaires, crises, appendicite aiguë, suraiguë, foudroyante), que lorsqu'il sera lésé par la tuberculose, la réaction rentrera dans le cadre de celles que nous venons d'énumérer.

Mais cependant l'appendicite tuberculeuse mérite une description clinique parce que, tout en restant dans le cadre des formes banales, elle réalisera plus spécialement, à cause même des caractères des bacilles de Koch, certaines de ces formes qui sont pour ainsi dire sa spécialité.

La caractéristique des lésions tuberculeuses est leur évolution insidieuse, lente, « froide », sans grandes manifestations cliniques ; aussi est-il tout naturel que l'appendicite tuberculeuse réalise dans l'immense majorité des cas des formes chroniques.

*Appendicite tuberculeuse latente.* — Parfois les lésions appendiculaires évoluent d'une façon tellement lente et silencieuse que ni le malade ni le médecin ne soupçonnent son existence, c'est la forme latente. A l'autopsie, ou lors de l'examen nécrologique de l'appendice on se rend compte de l'existence de ces lésions. Pour Hérisson, elles sont rares.

*Appendicite tuberculeuse chronique.* — C'est la forme habituelle. Le malade éprouve des douleurs vagues dans la fosse

iliaque droite, elles apparaissent de temps en temps, ou persistent de façon constante. Les vomissements sont rares, mais au contraire la diarrhée est fréquente et persistante ; symptôme un peu spécial qui ne fait pas partie du tableau habituel de l'appendicite banale. La température est peu élevée.

Ces vagues symptômes fonctionnels ne sont guère complétés par les résultats de l'examen de la région malade. La palpation provoquant d'habitude une douleur vague, donne peu de renseignements. Il ne faut pas s'attendre à trouver l'appendice sous la forme d'un cordon dur, roulant sous les doigts. Un faisceau musculaire contracturé donne souvent cette illusion. Quelquefois cependant la palpation sera d'un précieux secours. Lorsque la réaction s'est bien localisée à l'appendice et a produit de la péritonite plastique, on perçoit une induration profonde à limites vagues occupant une bonne partie de la fosse iliaque.

D'autres fois enfin, par une palpation légère et attentive, on pourra sentir un fin clapotis dans le cœcum, signe de stase et présomption grave d'appendicite.

Telle est la description banale que répètent les unes après les autres les revues générales. Il nous semble que cette diarrhée persistante et habituelle a été remarquée seulement parce qu'il fallait trouver un moyen de diagnostic entre l'appendicite banale et l'appendicite tuberculeuse. Or il n'est pas du tout évident que le diagnostic clinique soit possible. Quoi qu'il en soit, dans les deux observations d'appendicite chronique tuberculeuse que nous apportons il n'y a pas eu cette diarrhée.

Le premier malade a eu une crise légère avec quelques vomissements pendant 4 ou 5 jours. Il présentait à ce moment-là de la constipation. Il en fut de même pour une autre crise qu'il eut quelques mois plus tard. Enfin, dans l'intervalle des crises, le malade réalisait plutôt un syndrome dyspeptique. « Il n'avait pas d'appétit, les repas provoquaient toujours

quelque souffrance tantôt à l'épigastre (distension, crampe, brûlure), tantôt dans le flanc droit ou la fosse iliaque droite. »

Notre observation n° 2 est encore plus caractéristique. Sans crise appendiculaire, la malade a réalisé peu à peu une appendicite chronique. Elle présente de fréquentes coliques, *une constipation tenace exigeant des lavements quotidiens*, des douleurs dans la fosse iliaque droite. Elle digère péniblement, éprouve de la pesanteur à l'épigastre.

*Appendicite tuberculeuse aiguë.* — Les lésions bacillaires provoquent parfois des symptômes qui s'éloignent beaucoup de la forme froide classique. Avec Hérisson, nous ferons remarquer que cette réaction aiguë, provoquée par les lésions tuberculeuses, n'est pas spéciale à l'appendice. La tuberculose du testicule ne présente-t-elle pas une forme rapide et intense (orchite tuberculeuse aiguë de Duplay, tuberculose galopante du testicule).

Cette forme aiguë est peut-être due aussi à la propriété qu'a l'appendice de réagir plus violemment à l'inflammation que les autres organes.

Nous nous trouvons alors en présence de la symptomatologie banale d'une crise d'appendicite. Le début est brusque, le malade sent, sans y être préparé par aucun trouble, une violente douleur au point de Mac-Burney ; l'hyperesthésie cutanée, les vomissements alimentaires puis bilieux, le facies typique, la température, rien n'y manque. Assez souvent, on observe de la diarrhée pendant la crise, alors que dans l'appendicite banale, c'est la constipation qui est la règle. Mais il ne faut pas oublier que l'appendicite banale peut présenter aussi de la diarrhée, tandis qu'inversement l'appendicite tuberculeuse peut s'accompagner de constipation. La crise d'appendicite tuberculeuse dure habituellement quelques jours, puis peu à peu les symptômes s'atténuent.

Lesueur, frappé par le tableau aigu de ces crises, les explique par l'association du coli bacille, du staphylocoque ou du streptocoque. La tuberculose de l'appendice éveillerait ces infections. Cette pathogénie peut sans doute s'appliquer à quelques cas, mais, pour les raisons que nous avons données plus haut (formes aiguës de tuberculose, susceptibilité spéciale de l'appendice), nous considérerons l'appendicite tuberculeuse aiguë comme une infection pure.

## Evolution

L'appendicite tuberculeuse, après une crise aiguë ou une marche chronique, peut guérir, les symptômes diminuent peu à peu et le malade ne souffre jamais plus de son appendice. Mais ce sont là des raretés.

La marche la plus habituelle est l'appendicite à répétition. L'atténuation de la crise n'est pas complète, les douleurs persistent mais vagues dans la fosse iliaque droite, le thermomètre ne descend pas au-dessous de 37°, puis brusquement apparaît une autre crise et ainsi de suite. C'est la forme la plus habituelle ; quand on la rencontre, il faut penser à l'appendicite tuberculeuse ; sans doute l'appendicite banale peut présenter cette évolution, mais pas souvent.

Quelquefois il y a formation d'abcès ; pendant la période aiguë la surface séreuse de l'appendice et le péritoine environnant ont produit des fausses membranes qui se sont organisées en adhérences, formant ainsi une poche entièrement close. L'appendice perforé par le processus tuberculeux produit du pus dans cette cavité; c'est un abcès appendiculaire. Peu à peu on voit la région de l'appendice se tuméfier, la palpation montre un empâtement mou, siégeant dans la fosse iliaque droite, s'étendant quelquefois profondément vers le bassin. La percus-

sion dénote de la matité dans toute l'étendue de l'abcès, enfin à la palpation on sent que cette masse est rémittente ou fluctuente. On complètera l'examen par le toucher rectal qui donnerait des renseignements si la collection purulente évoluait en bas et en arrière.

Le toucher vaginal devra être aussi pratiqué systématiquement. On pourra sentir une collection bomber dans le cul-de-sac droit en cas d'évolution pelvienne.

Si on les abandonne à eux-mêmes ces abcès finissent par s'ouvrir dans le péritoine, le creux ischio rectal, l'intestin ou la peau de la paroi abdominale.

Dans ce dernier cas nous observerons une fistule interminable, à bords atones, violacés, décollés, amincis.

## Complications

Les lésions de l'appendicite tuberculeuse peuvent se propager aux organes voisins, ou produire à distance des troubles dans l'organisme. Nous aurons donc à étudier :

1° Complications par propagation locale ;

2° Complications à distance.

1° *Propagation locale.* — L'infection peut se faire directement par le développement des lésions vers *le cœcum.* La typhlite tuberculeuse d'origine appendiculaire n'est pas rare. La palpation montrera dans ces cas une très volumineuse masse dans la fosse iliaque droite qui sera le cœcum hypertrophié.

D'autres fois la propagation se fait par les lymphatiques.

Les ganglions du voisinage ne tardent pas à être envahis et à grossir. Ce sont d'abord les ganglions du méso et les gan-

glions peri-cœcaux. Cette adénite contribue encore à augmenter a tuméfaction de la fosse iliaque droite.

D'autres ganglions plus éloignés peuvent être aussi le siège d'une adénite d'origine appendiculaire, en particulier les ganglions du pli de l'aine ; on sent alors dans le triangle de Scarpa, des ganglions volumineux indurés isolés.

Les lymphatiques peuvent aussi apporter l'infection au péritoine, c'est la péritonite tuberculeuse par propagation. Le péritoine réagit de façon variable en produisant une tuberculose chronique, qui pourra être ascitique ou caséo-ulcéreuse.

Plus loin encore, les lymphatiques peuvent étendre le processus tuberculeux à la trompe et à l'ovaire droit (Kraus).

La perforation de l'appendice est la cause des complications les plus graves. Tantôt lorsque l'appendice perforé répand ses produits septiques dans la cavité péritonéale, un cloisonnement a eu le temps de se faire, et il n'en résulte qu'un abcès appendiculaire (nous les avons déjà étudiés). Tantôt, au contraire, aucun travail de réaction péritonéale n'a eu lieu, aucune adhérence n'existe et les produits bacillaires infectent brusquement la cavité péritonéale tout entière. Il en résulte une péritonite généralisée à début brusque en coup de pistolet. Les vomissements, le hoquet, le ballonnement du ventre apparaissent, la température s'élève, le pouls devient petit, filant, et le malade succombe à une péritonite suraiguë.

L'appendicite tuberculeuse, source de microbes et de toxines, peut aussi produire des complications à distance.

Si l'appendicite est la première atteinte tuberculeuse de l'organisme, les bacilles peuvent se répandre dans le sang et se localiser aux lieux d'élection (sommets pulmonaires). D'autres fois, les lésions pulmonaires existeront en même temps que la tuberculose de l'appendice, mais cette dernière pourra les réveiller et activer leur évolution. On comprend

que microbes et toxines pourront être plus facilement libérés à la suite d'une intervention sur l'appendice, qui ouvrira des foyers tuberculeux et alors nous verrons des hémoptysies de la tuberculose pulmonaire aiguë, de la granulie, apparaître. (Cas de Demons, de Bouglé.)

---

# CHAPITRE V

## DIAGNOSTIC

Pour arriver au diagnostic d'appendicite tuberculeuse il faut passer par deux étapes. Il faut tout d'abord établir l'existence réelle de l'appendicite et ensuite rechercher si elle est de nature tuberculeuse.

La première partie de ce problème est de beaucoup la plus facile à résoudre. Tantôt il s'agit d'une appendicite primitive ou secondaire à une lésion éloignée, et alors la question du diagnostic se pose dans les mêmes conditions que pour une appendicite ordinaire ; tantôt, au contraire, au cours d'une affection tuberculeuse voisine, péritonite, salpingite, tuberculose iléo-cœcale, coxalgie (Obs. I), on est amené à se demander si l'appendice est ou n'est pas lésé.

Dans les deux cas la réponse est relativement facile.

Dans le premier, le diagnostic se fera avec toutes les coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines, salpingiennes, avec les péritonites par perforation, avec la hernie étranglée ou non etc., etc.

Dans le second, il faudra rechercher avec soin les indices d'une lésion appendiculaire ; la douleur au point de Mac Burmey, l'existence de crises antérieures sont les meilleurs éléments de ce diagnostic.

Il est bien plus délicat de savoir si une appendicite est ou non de nature tuberculeuse. Sans doute lorsqu'on se trouve en présence d'une lésion iléo-cœcale dans laquelle se trouve pris l'appendice, il est plus facile de faire le diagnostic. Mais alors l'appendicite n'est qu'une lésion du second ordre et le clinicien n'a guère à s'en préoccuper. Si, au contraire, l'appendicite est la seule lésion locale, sa nature est bien plus difficile à préciser.

On a prétendu que la diarrhée était en faveur de l'appendicite tuberculeuse, la constipation prouvant plutôt l'appendicite ordinaire. Mais que de cas l'on pourrait objecter où la relation inverse a été observée (Obs. II et III) ! Que d'appendicites banales avec diarrhée et que d'appendicites tuberculeuses avec constipation !

Il ne faut pas faire plus de cas du siège de la douleur qui, d'après Petit, cité par Hérisson, serait beaucoup plus fréquente dans la région périombilicale que dans la fosse iliaque droite.

L'existence de ganglions inguinaux ou cœco-appendiculaires est ou sans valeur clinique ou bien pour le second d'une exploration impossible.

Reste l'évolution. Richelot déclare que Lasègue enseignait que la périty phlite à répétition devait éveiller l'idée de tuberculose. C'est un fait qui est aujourd'hui admis par tous et Hérisson, Letulle ainsi que tous les auteurs qui se sont occupés de la question arrivent à cette conclusion, peut-être très exagérée, par laquelle ce dernier auteur terminait une communication faite en 1897 à la Société médicale des Hôpitaux : « Toute appendicite chronique doit être *a priori* soupçonnée de nature tuberculeuse ».

Mais comme nous venons de le voir, ni le siège de la douleur, ni les signes cliniques, ni l'évolution ne nous donnent le moyen de poser fermement le diagnostic de la nature

tuberculeuse d'une appendicite aiguë ou chronique. Aussi devrons-nous nous en tenir à un diagnostic de probabilité.

L'état général du sujet, l'existence d'une tuberculose pulmonaire ou autre, des antécédents personnels ou héréditaires suspects, pourront être utiles pour étayer ces probabilités. Mais le médecin ne devra jamais oublier qu'un tuberculeux peut faire une appendicite banale et que constater des lésions tuberculeuses chez un malade ne suffit pas pour mettre sur le compte du bacille de Koch tous les accidents pathologiques qu'il pourra présenter.

Si le malade est absolument indemne de lésion bacillaire et que l'épreuve de la tuberculine (?) ou le séro d'Arloing-Courmont donnent un résultat positif, on pourrait se croire autorisé à porter le diagnostic de tuberculose appendiculaire. Rien n'est en réalité plus incertain. Ces méthodes dont la première n'est pas toujours sans danger et dont la seconde souffre de trop nombreuses exceptions, sont d'une telle sensibilité qu'elles révèlent des lésions que la clinique ne peut soupçonner, et peuvent ainsi induire en erreur le praticien le plus consciencieux.

Quelles que soient les difficultés du diagnostic, il peut arriver que le clinicien le porte sinon d'une manière certaine mais avec un degré suffisant de probabilité ; il aura alors à se poser la question du traitement, et cette dernière sera le plus souvent commandée par l'étendue des lésions et la connaissance exacte des complications. Aussi devra-t-il se demander si la limitation du processus tuberculeux est encore assez grande pour rendre une opération possible ; il devra donc rechercher si la tuberculose n'a pas envahi le cœcum, pour cela le palper sera le meilleur guide, tantôt il trouvera « une tumeur occupant habituellement la partie moyenne de la fosse iliaque, quelquefois les régions lombaires ou pelviennes ou des situations encore plus anormales, ne dépassant pas le bord externe

du grand droit, ayant la forme d'un boudin allongé verticalement, de volume variable ; de surface bosselée irrégulière, de consistance dure, élastique ; n'adhérant pas à la paroi abdominale antérieure ; à centre mat, entouré d'une zone de submatité, puis de sonorité ». (*Gaz. des Hôp.*, 1906, p. 1247.) D'autres fois la tuberculose cœcale étant encore très circonscrite, le diagnostic avec l'appendicite sera encore plus difficile et ne se fera qu'une fois le ventre ouvert.

Le diagnostic de l'extension aux annexes se fait par le toucher vaginal et anal, par les douleurs tendant à descendre dans le pelvis, par la sensibilité de l'utérus au toucher, ce qu au dire de Letulle serait tout à fait caractéristique.

L'extension un peu étendue au péritoine se fera par l'apparition de l'ascite qui est presque de règle dans ces cas. Si bien qu'alors le diagnostic de l'extension ne sera pas difficile mais bien plutôt celui de la lésion primitive.

Dans certains cas enfin l'urgence de l'opération tiendra au diagnostic de la perforation, nous avons vu combien cet accident était fréquent ; en général le tableau classique est assez facile à reconnaître ; la douleur plus vive, plus en coup de poignard que dans les cas de simple crise appendiculaire, se généralise rapidement à tout le ventre. Les tendances à la syncope, le refroidissement des extrémités, le ventre en bateau, les vomissements permettent d'affirmer l'existence de la perforation.

L'existence d'un abcès de la fosse iliaque est facile à diagnostiquer, il est souvent délicat d'établir son origine appendiculaire, l'interrogatoire attentif du malade sur son passé intestinal, l'examen méthodique de sa ceinture pelvienne, de sa colonne vertébrale, l'existence fréquente d'une fistule pyostercorale, permettront le plus souvent d'écarter les ostéites tuberculeuses et d'établir l'origine intestino-appendiculaire de la lésion.

Ayant ainsi successivement établi l'existence de l'appendi-

cite — sa nature tuberculeuse — sa plus ou moins grande extension, — et l'absence ou la présence de complications — il nous faudra pour avoir en main tous les éléments nécessaires pour peser les indications du traitement, connaître l'état général du sujet, l'intégrité ou le degré d'atteinte de ses autres organes. Nous les rechercherons par les moyens ordinaires et alors seulement nous pourrons nous tenir pour assurés que nous avons fait un diagnostic complet.

---

# CHAPITRE VI

## PRONOSTIC

Malgré ses apparences bénignes, son évolution froide, l'appendicite tuberculeuse est beaucoup plus grave que les appendicites banales; sans doute les bacilles de Koch ne réalisent pas par exaltation dans une cavité close ces « terribles toxines infectieuses » dont parle Dieulafoy. Mais, pour être insidieuse, leur action pathogène n'en est pas moins sûre.

Si l'appendicite tuberculeuse est primitive, elle peut, en s'étendant jusqu'aux organes voisins, provoquer de graves lésions sur le cœcum, l'iléon, le péritoine, les organes génitaux de la femme. Le foyer appendiculaire primitif est prêt à tout moment à coloniser ailleurs dans l'organisme.

Si l'appendicite est secondaire, il faudra ajouter à la gravité que comporte cette lésion, celle de la tuberculose primitive, poumon, épididyme, ganglions, hanche, etc., etc.

Il faudra, par conséquent, dès que l'on aura fait le diagnostic d'appendicite tuberculeuse, avertir le malade qu'il doit être opéré au plus tôt. L'opération est nécessaire, mais n'est pas sans danger. Une appendicectomie banale à froid donne un pourcentage de mortalité extrêmement faible, mais dans l'appendicite tuberculeuse il faudra compter avec la dissémination et la généralisation post-opératoire.

Dans une observation de Bouglé, une phtisie aiguë apparut

quelques jours après l'appendicectomie, il nota une fièvre intense, 40 degrés de la congestion pulmonaire, une expectoration purulente. Le tout s'est terminé par un ramollissement de toute la moitié supérieure du poumon droit qui cause de vives inquiétudes pour l'avenir du malade. Cependant ces faits sont extrêmement rares, il n'en faudrait pas tirer argument pour hésiter à pratiquer des opérations curatrices de tuberculose locale.

Enfin le pronostic variera avec l'âge et la forme de la lésion appendiculaire, il sera relativement bon si l'appendice est enlevée dès le début avant d'avoir pu propager ces lésions. Certaines formes sont moins graves que d'autres, elles manifestent une réaction plus intense de l'organisme (forme hypertrophique, forme scléreuse avec adhérences). Mais si l'on attend trop tard pour opérer, si la perforation de l'appendice provoque de la péritonite, des abcès, des fistules pyostercorales, le pronostic est extrêmement aggravé (la mortalité est de 80 pour cent).

---

## TRAITEMENT

L'intervention chirurgicale, et l'ablation de l'appendice infecté, voilà le seul vrai traitement de l'appendicite tuberculeuse. Ici la guérison spontanée que l'on observe parfois lorsqu'il s'agit de lésions banales ne se produit jamais et l'évolution naturelle de la tuberculose appendiculaire est soit la généralisation de la tuberculose à tout l'organisme, soit l'extension locale aboutissant à la perforation, ou à la formation d'abcès.

L'appendicectomie est donc la seule chance de salut. Il est des cas ou elle s'impose d'urgence, il en est d'autres où au contraire on doit la remettre quelque temps. Indiquons tout d'abord les raisons de cette temporisation ou de cette précipitation. Nous envisagerons ensuite les particularités que peut présenter pareille opération dans le cas d'appendicite tuberculeuse.

L'indication est formelle et immédiate quand on se trouve en présence d'une infection péritonéale généralisée due à la perforation appendiculaire. Dans ce cas-là il faut procéder à l'ouverture large de l'abdomen, au besoin plusieurs incisions sont faites, une toilette soignée du péritoine et l'ablation de l'appendice sauvent parfois le sujet ; il ne faut pas cacher cependant que l'issue fatale est en pareil cas presque de règle.

Si la perforation s'est faite plus lentement, si la péritonite

adhésive a réalisé l'enkystement d'un abcès, il faut aussi ouvrir et pratiquer l'appendicectomie si elle est possible. La simple évacuation de l'abcès n'est en effet pas suffisante pour obtenir la guérison, comme cela se voit dans les cas d'appendicite banale ; ne pas enlever la cause première de tout le mal c'est courir à la fistulisation de l'abcès qui s'infecte secondairement et l'on est alors dans une situation qui a pour dénouement naturel la cachexie et la mort.

Il est des cas où l'opération pour être moins urgente, n'en est pas moins indispensable. On peut cependant la différer si l'état général du malade n'est pas satisfaisant et on cherchera à le remonter par le traitement ordinaire de toute tuberculose : cure d'air, suralimentation, repos. Si ce traitement ne suffit pas à remonter le sujet, toute intervention se trouve dès lors contre indiquée. Le malade ne pourrait supporter le shock opératoire ou serait exposé à mourir de granulie peu de jours après son opération.

On peut donc pour résumer les indications du traitement opératoire de l'appendicite tuberculeuse dire avec Hérisson : « L'appendicite tuberculeuse, étant un danger local pour tous les organes voisins et un danger général pour toute l'économie mérite le même empressement, la même rigueur qu'une tumeur maligne et l'extirpation complète est la seule méthode de salut ».

Cette intervention présente quelques particularités. Il est des cas où l'appendice est tellement dissimulé dans une masse de tissus pathologiques que son ablation est impossible et que l'on doit se comporter comme s'il s'agissait d'une tuberculose iléo-cœcale et pratiquer soit l'ablation de la masse, souvent pleine de difficultés et qui donne une énorme mortalité opératoire, soit pratiquer l'exclusion plus facile et moins meurtrière.

Enfin toute opération pour tuberculose de l'appendice doit se terminer par l'examen attentif du péritoine et des organes

voisins, du cœcum, des annexes, des ganglions. Si l'ablation de toutes les parties malades est possible il faut la pratiquer, sinon se comporter comme s'il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse et refermer le ventre après avoir lavé le péritoine à l'eau oxygénée.

---

# OBSERVATIONS

## Observation Première

(Professeur Tédenat. — Recueillie par M. Vennes, interne)

Jeune fille de 20 ans. Coxo-tuberculose gauche. Appendicite tuberculeuse.

Entrée le 9 mars 1906. Salle Desault, n° 24.

Entre pour douleur du genou remontant à 6 mois et claudication au moment de la marche. Fièvre typhoïde à 5 ans. Il y a 4 ans, arthrite localisée au poignet gauche, avec gonflement, douleur, diminution des mouvements, ayant guéri au bout d'un an par application des pointes de feu. S'enrhume facilement l'hiver, migraines fréquentes. Règles à 16 ans, peu abondantes, régulières et indolores. Quelques pertes blanches. Durant l'affection du poignet, elle avait accusé une douleur dans la hanche gauche qui était restée stationnaire jusqu'il y a quatre mois. Comme la douleur du genou était plus violente, on pense à une affection de cette région, que l'on traite par des cautérisations fer rouge et acide chlorhydrique. La hanche attirant subitement l'attention par l'apparition de phénomènes douloureux à son niveau, on diagnostique une coxalgie pour laquelle elle entre au Suburbain.

L'examen pratiqué à ce moment (9 mars 1905) montre un membre inférieur en flexion, abduction et rotation externes. La pression au niveau de l'articulation de la hanche (triangle de Scarpa) est douloureuse, ainsi que celle qui s'exerce par l'extrémité inférieure du fémur.

Les mouvements que peut faire la malade sont très réduits, tout au plus si elle détache de quelques degrés le talon du plan du lit.

L'épine iliaque suit les mouvements de la cuisse en même temps que s'efface l'ensellure lombaire.

L'épine iliaque du côté malade est projetée en avant. Le membre inférieur gauche paraît allongé alors que la mensuration donne un raccourcissement réel de 1 centimètre. La malade est traitée par extension continue lorsqu'elle accuse le *12 novembre* une douleur violente dans la fosse iliaque droite avec ballonnement du ventre et vomissements verdâtres.

Durée de la crise, 5 jours. Température, 38°. Le pouls n'a pas été noté sur la courbe. Tout cède à l'application de glace et à la morphine. Deux nouvelles crises, le *20 novembre* et le *12 décembre*.

Opération le 23 décembre. Incision de Jalaguièr. Pas d'adhérence au péritoine pariétal. On tombe sur le cœcum libre, à l'extrémité duquel on trouve, en même temps que sur les 8 derniers centimètres de l'iléon, des granulations, de petites plaques molles rouges ressemblant à des adhérences péritonéales récentes ou à des tubercules. L'appendice tortillé en position rétrocœcale est excisé. Longueur 12 centimètres, fixé par quelques adhérences. Son calibre est assez large et son extrémité libre offre la disposition suivante : il se termine par une masse arrondie de 8 millimètres de diamètre, séparée du reste de l'appendice par un étranglement très serré formé d'adhérences dures. Quand on incise cette masse, on voit qu'elle est consti-

tuée par une capsule assez épaisse contenant une substance jaunâtre ressemblant au caséum d'un tubercule.

Les lésions constatées sur l'intestin, dont l'interprétation paraissait douteuse à première vue, peuvent être considérées comme de la tuberculose.

*29 décembre.* — Règles en avance de 12 jours. Suites opératoires excellentes. Réunion par première intention. Il se forme cependant un abcès froid pariétal au milieu de l'incision de la contenance d'un dé, séreux, grumeleux. Guérison après deux pansements.

On note un mois après que la cicatrice a pris un aspect chéloïdique, ce qui n'est pas surprenant chez un sujet dans le cas actuel à tempérament lymphatique. En cherchant bien, on retrouve une chéloïde au niveau de la boucle d'oreille droite.

Séjour à Balaruc du 1er au 15 mai. La malade ne souffre plus de la hanche ni spontanément, ni à la pression locale ou longitudinale du membre.

Sort le 3 juillet, avec un appareil de Thomas qui lui immobilise la hanche et permet la marche avec des béquilles. 8 jours avant sa sortie, avait présenté une crise de coliques néphrétiques en rapport certainement avec la durée de l'immobilisation.

## Observation II

Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat

Appendicite chronique. Ulcérations et granulations tuberculeuses de l'extrémité libre. Guérison

Marie C..., 23 ans, de constitution moyenne, réglée à 14 ans. Attaque de rhumatisme articulaire aigu à 16 ans, qui a duré un mois, sans lésions du cœur. Depuis deux ans, coliques fréquentes, constipation tenace exigeant des lavements quoti-

diens. Les douleurs occupent toute la moitié inférieure droite de l'abdomen où la pression les exagère. Il n'y a jamais eu de crise péritonéale aiguë, jamais rien qui ressemble à une appendicite franche. Les digestions sont pénibles, pesanteur à l'épigastre ayant son maximum entre la première et la troisième heure qui suit le repas ; sensation de crampe, de vide, de brûlure. Au milieu de la nuit, la malade éprouve souvent des gargouillements avec douleurs plus ou moins pénibles qui occupent la fosse iliaque droite et le flanc droit. Elle a maigri, ne tousse pas. Les règles restent régulières, mais sont moins abondantes; elles durent trois ou quatre jours. Il n'y a pas de pertes blanches. La malade est vierge.

Le docteur Bermont qui voit la malade une ou deux fois par semaine depuis un an, a conseillé le lait, les œufs, les purées, les alcalins à hautes doses (5 grammes de bicarbonate de soude) après les repas ; l'usage fréquent d'huile de ricin. Il se demande s'il n'y a pas de l'appendicite chronique à cause de la sensibilité assez marquée de la partie inférieure droite du ventre.

5 mai 1903.— M. Tédenat examine la malade : pâle, amaigrie, facies exprimant la souffrance. Légère distension gazeuse du gros intestin, surtout à droite. La malade indique comme points spécialement douloureux le flanc droit et la fosse iliaque droite. La douleur spontanée survient plus vive en ces régions trois ou quatre heures après les repas. La pression manuelle exercée sur le ventre ne provoque de douleur que dans la région de la fosse iliaque droite. Il y a un peu de tension musculaire à ce niveau. Elle gêne médiocrement l'exploration profonde. On sent un peu de clapotis et une masse indurée qui correspond au point de Mac Burney. La minceur de la paroi abdominale rend, malgré la douleur, d'ailleurs pas très forte, l'exploration facile.

Cette masse indurée a une vague mobilité ; elle est juxta-

posée à la partie inféro-interne du cœcum dont une légère distension dessine assez nettement le pourtour.

MM. Bermont et Tédenat concluent à l'existence de lésions appendicitaires chroniques et qui semblent bien avoir été chroniques d'emblée. Ils conseillent une intervention chirurgicale ; l'état de maladie dure depuis 25 mois et tend plutôt à s'aggraver qu'à s'améliorer, malgré un régime sévère.

12 mai 1903. — Après asepsie soignée de la région et anesthésie au mélange A. C. E., M. Tédenat ouvre le ventre ; incision de Jalaguier. Aucune adhérence à la paroi abdominale antérieure. Le cœcum se présente légèrement distendu, mais d'aspect sain.

L'insertion de l'appendice du cœcum est aisée à découvrir ; l'appendice est à peu près normal sur une longueur de deux centimètres, puis il s'épaissit, se tord et s'enfouit dans une masse indurée du volume d'une noix. Le méso-appendice est épais, dur, avec quelques granulations grises. L'appendice est lié sur le cœcum même et sectionné en aval de la ligature au catgut. Le moignon est cautérisé au thermo et enfoui par une suture en bourse sur laquelle est appliquée une suture à la Lembert. La section au niveau du cœcum rend l'enfouissement facile. L'appendice est décollé de proche en proche avec la masse indurée qui s'attache à la partie inféro-externe du cœcum ; là M. Tédenat applique une suture en bourse. Deux petites artères sont liées. Le foyer opératoire est asséché avec de la gaze iodoformée. Suture à 3 plans de l'incision abdominale.

Guérison par première intention. La malade quitta la clinique 23 jours après l'opération. Elle se portait bien en septembre 1905.

Examen des pièces. — Sur les trois derniers centimètres la paroi de l'appendice est épaissie, on y voit nettement des ulcérations profondes arrivant jusqu'au péritoine épaissi. Tubercu-

les gris et jaunes disséminés sur la muqueuse, tractus cicatriciels entre les tubercules. Nodules scléro-caséeux dans le méso-appendice.

## Observation III

(Due à l'obligeance du Professeur Tédenat)

Appendicite tuberculeuse. Quelques tubercules gris sur le cœcum. Troubles dyspeptiques. Appendicectomie. Guérison persistant depuis 6 ans

Jacques P..., comptable, 24 ans ; père et mère, sœur agée de 18 ans, bien portants.

Entre 8 et 12 ans, adénites chroniques sous-maxillaires suppurées. Rien à noter du côté des poumons. Santé générale satisfaisante jusqu'au moment des crises d'appendicite.

Dans les premiers jours de septembre 1899, douleur brusque dans tout le ventre qui, après une journée, se localise dans la fosse iliaque droite. Deux vomissements le premier jour ; quelques nausées, surtout après boire, pendant quatre ou cinq jours. Constipation. Le malade garda le lit six jours et conserva un vague endolorissement de la partie inférieure du ventre pendant une quinzaine de jours.

5 février 1900, deuxième crise : vomissement pendant la matinée, déterminant des douleurs déchirantes dans la fosse iliaque droite. Six jours de lit avec constipation, douleurs, léger ballonnement du ventre. Depuis cette seconde crise, le malade a moins d'appétit, éprouve des douleurs dans la région épigastrique, autour de l'ombilic ; la marche, les efforts les rendent plus vives, surtout dans la fosse iliaque droite et la légion lombaire.

Troisième crise intense du 6 au 15 juin. Nausées, ballonnement avec léger plastron très douloureux au bas de la fosse

iliaque droite constaté par le docteur Bonne. Pouls à 100-110. Le malade a peu d'appétit et ne le satisfait pas, chaque repas provoquant quelques souffrances tantôt à l'épigastre (distension, crampe, brûlure), tantôt dans le flanc droit ou la fosse iliaque droite.

M. Bonnes adresse le malade à M. Tédenat avec les renseignements ci dessus : Sujet pâle, à facies exprimant la souffrance. La région de l'appendice est douloureuse à la pression même légère, sans grande défense musculaire. On sent une vague tuméfaction et un fin clapotement. Les données de l'exploration et les anamnestiques permettent d'affirmer le diagnostic appendicite devenue chronique depuis 9 mois à forme dyspeptique et douloureuse.

Le malade demande une opération qui semble bien légitimée par la prolongation des accidents et l'intensité de la 3e crise.

2 juillet 1900. — Incision de Roux. Le péritoine pariétal est un peu épaissi et vasculaire ; le cœcum se présente légèrement distendu avec quelques granulations grises à sa partie supérieure. Il n'adhère ni à la paroi abdominale, ni à l'intestin grêle. L'appendice un peu épaissi avec quelques menus vaisseaux distendus dans ses deux centimètres proximaux prend le volume du petit doigt dans tout le reste de sa longueur qui est de sept à huit centimètres. Il est couvert de granulations jaunes, séparées par des tractus fibroïdes. Son extrémité distale adhère à la face postérieure du cœcum d'où il est malaisé à décoller.

Le méso-appendite est épaissi, bosselé. Il est lié au catgut. La section de l'appendice est faite au ras du cœcum. Cautérisation du moignon au Paquelin. Enfouissement à la façon ordinaire facile, grâce à la souplesse conservée de la paroi de l'appendice dans ses deux centimètres proximaux. Les granulations tuberculeuses du cœcum et de la surface caséeuse où adhérait l'extrémité libre de l'appendice sont cautérisées au

phénosalyl pur et lavées à l'alcool. Cela est rapidement fait avec un menu tampon d'ouate.

Suture à trois plans de l'incision pariétale. Les suites post-opératoires sont sans incident : pas de vomissements. Le pouls ne dépasse pas 100, la température atteignit 38°3 le soir du second jour.

Point de suture enlevé le 9e jour. Réunion immédiate. Le malade quitte la clinique le 26 juillet (24 jours après l'opération) avec une cicatrice fine et solide. L'appétit était bon, les digestions faciles, les douleurs nulles.

M. Tédenat l'a revu à plusieurs reprises, le 20 juin 1906 pour la dernière fois, très bien portant, sans aucun trouble digestif.

L'appendice enlevé a une longueur totale de 9 centimètres. Les deux premiers centimètres ont une paroi légèrement épaissie ; la muqueuse a une couleur gris-rosé sans granulations tuberculeuses. Sur le reste de la longueur, granulations jaunes, caséeuses, séparées par des nodules scléreux. Les deux derniers centimètres forment un magma caséeux, limité par une paroi fibreuse.

### Observation IV

(*in* thèse Lesueur)

Appendicite tuberculeuse simulant une appendicite aiguë

A... Rose, 24 ans, couturière, entrée dans le service de M. Letulle, le 8 août 1898.

Deux des sœurs de la malade sont bacillaires. Elle-même fut atteinte à 7 ans d'adénite cervicale.

A quinze ans elle eut pour la première fois quelques crachats sanglants. Depuis cette époque elle a eu à plusieurs reprises

des hémoptysies très abondantes, s'accompagnant d'anémie, de toux, de troubles digestifs.

Le 8 août 1898, elle entre pour la première fois dans le service de M. Letulle, où l'on constate de la matité, des râles sous-crépitants humides au sommet droit et des signes d'induration légère de l'autre côté.

Le 9 mai 1899, elle sort de l'hôpital très améliorée, ayant engraissé de 5 kil. 700.

Le 18 décembre 1899, elle entre de nouveau à l'hôpital Boucicaut ; elle a perdu 10 kilog, la toux est fréquente, elle a de gros crachats nummulaires et un peu de dyspnée. La matité et les râles humides se sont étendus à toute la hauteur du poumon droit et l'on perçoit des craquements au sommet gauche.

Le 25 décembre, la malade ressent brusquement une douleur très intense dans la fosse iliaque droite ; il y a de l'hypéresthésie cutanée ; la douleur profonde est limitée au point de Mac Burney. On fait le diagnostic d'appendicite et on prescrit le régime lacté et la glace sur le ventre.

La douleur persiste les jours suivants :

Le 30 décembre, elle est excessivement intense au point de provoquer une syncope; il se produit des vomissements bilieux assez abondants ; il y a de la diarrhée. Le ventre n'est pas ballonné. La température, qui était élevée avant la crise appendiculaire est un peu modifiée ; elle atteint plusieurs fois 39° le soir, et retombe à la normale tous les matins.

A partir de ce jour, la douleur s'atténue à droite, mais le 2 janvier, reparaît très vive dans la fosse iliaque gauche. Ce changement de localisation fait soupçonner une salpingite ou une pelvi-péritonite. Mais douleurs et vomissements cessent bientôt, et le toucher vaginal pratiqué le 6 janvier n'est pas douloureux et ne révèle aucune tuméfaction dans les culs-de-sac. La constipation remplace la diarrhée.

Le 12 janvier, la malade ressent une douleur épigastrique ; le 14 et le 17 elle a des vomissements.

Le 24 janvier, elle a une abondante hémoptysie, à partir de cette époque les vomissements sont fréquents et accompagnés d'une douleur épigastrique, il y a de la diarrhée. Le foie déborde largement les fausses côtes, on trouve de l'albumine dans les urines. La température oscille entre 39° et 40° ; la cachexie fait de rapides progrès, la cyanose apparaît et la mort survient le 11 février 1900. L'autopsie a été pratiquée.

*Autopsie.* — Tuberculose cavitaire des deux poumons ; kyste hydatique du foie ; quelques tubercules sur les plaques de Peyer et quelques follicules ulcérés dans les dix derniers centimètres de l'iléon.

Quelques ulcèrations de cœcum et de la valvule iléo-cœcale. Deux ou trois îlots tuberculeux du côlon. Adénite tuberculeuse avec noyaux calcaires du méso-cœcum.

Appendice volumineux, très dilaté, présente une foule d'ulcérations tuberculeuses ; un sixième à peine de la muqueuse est conservé ; méso-appendice épaissi, sans adhérences.

## Observation V

### Appendicite tuberculeuse simulant une appendicite à répétition

B... Maurice, 21 ans, serrurier, entré dans le service de M. Letulle, le 11 mai 1889.

Ce malade, n'ayant pas d'hérédité tuberculeuse, a eu la diphtérie à 18 ans, en 1896, et depuis cette époque il tousse continuellement.

En novembre 1897, il a une pneumonie droite soignée à Beaujon.

En février 1899, il a dans la fosse iliaque droite une crise

douloureuse diagnostiquée appendicite. Il avait déjà eu plusieurs crises semblables auparavant.

Trois semaines avant son entrée à Boucicaut, il se sent malade et est bientôt obligé de s'aliter.

Au moment de son entrée, le 11 mai 1899, on constate les signes d'un épanchement abondant de la plèvre droite avec œdème de la paroi et des signes d'induration du sommet gauche. Il y a de la dyspnée, de la fièvre (38 degrés 5) et le pouls est très rapide (140). Une ponction retire 1500 grammes de liquide purulent. On pratique deux nouvelles ponctions le 20 et le 29 mai.

Le 3 juin, on constate les signes d'un pyo-pneumothorax. Huit nouvelles ponctions sont encore pratiquées jusqu'au mois d'octobre.

Le 11 octobre, une douleur vive apparaît de nouveau dans la fosse iliaque droite; elle est exagérée par la pression au point de Mac Burney. La courbe de température est peu modifiée et oscille, comme les jours précédents, entre 37 degrés 5 le matin et 38 degrés 5 le soir ; il n'y a pas de vomissements.

Le 22 décembre, on perçoit des craquements au sommet gauche.

Le 2 février 1900, le malade a une vomique de pus fétide à la suite d'une quinte de toux.

Le 22 février, il a une nouvelle crise douloureuse dans la fosse iliaque droite, sans modification de la courbe thermique. Les douleurs persistent tous les jours suivants. A partir du 27 février, la température est soumise à de grandes oscillations qui dépassent 39° tous les soirs. Les douleurs appendiculaires sont très vives.

La mort survient le 4 mars 1900, deux jours après la 25e thoracenthèse.

L'autopsie a été pratiquée : Tuberculose pulmonaire ulcé-

reuse. Pyo-pneumo thorax droit communiquant avec une grande caverne. Tuberculose du rein droit. Trois ou quatre petites ulcérations tuberculeuses du cœcum ; le reste de l'intestin est intact.

Appendice, 8 cent. ; deux ou trois tubercules sous-muqueux, saillants et trois ou quatre ulcérations tuberculeuses.

### Observation VI

(*In* thèse Lesueur.)

Appendicite tuberculeuse perforante. — Abcès péri-appendiculaire rompu dans la grande cavité péritonéale.

Eugène B..., 30 ans, entré dans le service de M. Letulle, le 11 mars 1886.

A l'entrée du malade dans le service, on avait constaté au sommet droit, en avant, de le faiblesse respiratoire et en arrière des râles humides. La voix était enrouée, il toussait ; il avait de l'inappétence et la langue saburrale.

Le 22 mars, les traits sont un peu tirés, le facies devient hippocratique. On sent par le palper du ventre une tumeur pâteuse située dans la fosse iliaque droite, un peu douloureuse à la pression ; cette tumeur est aussi le siège de légères douleurs spontanées avec irradiations. On prescrit un lavement glycériné.

Le 23 mars, il y a dans la soirée deux selles diarrhéiques.

Le 24 mars au matin surviennent des vomissements alimentaires. Le malade présente le facies péritonéal, les traits tirés, les yeux cernés. Le pouls est rapide ; la langue est assez bonne. L'empâtement de la tumeur est un peu moins considérable. Dans la journée il a des vomissements fréquents ; ces vomissements sont bilieux. Il a de la diarrhée et de l'incontinence des matières fécales. Les extrémités se refroidissent

progressivement, il se couvre de sueurs froides ; mais la conscience est conservée et il meurt en parlant, à 11 heures du soir.

A l'autopsie on trouve une péritonite aiguë généralisée. L'appendice présente à un centimètre et demi de son extrémité une perforation donnant accès dans une collection précœcale qui s'est elle-même rompue dans la grande cavité péritonéale.

Il y a des ulcérations tuberculeuses du cœcum et des follicules clos saillants mais non ulcérés de la fin de l'iléon. La tuberculose pulmonaire est étendue à tout le poumon droit et discrète au sommet gauche.

---

## CONCLUSIONS

1° L'appendicite tuberculeuse ne nous paraît pas avoir une symptomatologie spéciale.

2° Cependant elle revêt plus particulièrement certaines formes (appendicite chronique, appendicite à répétition) ; en présence de ces types cliniques, il faudra toujours penser à une tuberculose possible.

3° Le diagnostic clinique extrêmement difficile sera soupçonné par la présence de lésions tuberculeuses concomitantes. Il serait bon d'examiner histologiquement tous les appendices enlevés, pour pouvoir faire au moins un diagnostic rétrospectif au laboratoire.

4° Le pronostic de l'appendicite tuberculeuse est grave par la propagation de lésions appendiculaires ; grave par la coexistence d'autres lésions tuberculeuses.

5° On devrait pratiquer l'appendicectomie systématique et explorer aussi les organes voisins (péritoine, cœcum, intestins), pour y dépister les lésions tuberculeuses et les traiter en conséquence.

## BIBLIOGRAPHIE

APERT. — Tuberculose de l'intestin et de l'appendice. Presse médicale, 14 décembre 1898.

AYNÈS. — Recherches, considérations sur la typhlite et l'appendicite tuberculeuses. Thèse, Bordeaux, 1895.

BONJOUR. — Des adénopathies péri-appendiculaires dans l'appendicite. Thèse Paris, 1901.

BOUGLÉ. — Appendicite tuberculeuse. Bulletin de la société d'anatomie, 30 janvier 1903.

— L'appendicite tuberculeuse. Archives générales de médecine, 1903, t. I.

CATHELIN. — Appendicite tuberculeuse. Presse médicale, 20 juillet 1898.

DELORME. — Discussion sur l'appendicite. Bulletin de la société de chirurgie, 30 mars 1892.

DIEULAFOY. — Manuel de Pathologie interne.

DOBROKLONSKY. — Archives de Médecine expérimentale, mars 1890.

HÉRISSON. — L'appendicite tuberculeuse. Gazette des Hôpitaux, 16 avril 1906.

DE JOCELIN DE JONG. — L'appendicite tuberculeuse. Revue internationale de la tuberculose, décembre 1902.

LESUEUR. — L'appendicite chez les tuberculeux. Thèse de Paris, 1903.

LETULLE. — Histologie pathologique de l'appendicite. Bulletin de la société médicale des Hôpitaux, mars 1897.

LETULLE et WEINBERG. — Histologie pathologique des appendicites. Bulletin de la société de Biologie, juillet 1899.

— Histologie pathologique des appendicites. Presse médicale, août 1897.

— Appendicite. Recherches histo-pathologiques. Archives des sciences médicales, 1897.

MOIZARD. — La péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite. Journal des praticiens, 7 août 1900.

RASTOUIL. — Appendicite chronique. Thèse Paris 1901.

RECLUS. — Typhlite et appendicite tuberculeuses. Bulletin médical, 21 juin 1893.

RICHELOT. — Discussion sur l'appendicite. Bulletin de la société de chirurgie, 23 mars 1892.

SPILLMANN. — De la tuberculisation du tube digestif, 1878.

TERRIER. — Discussion sur l'appendicite. Bulletin de la société de chirurgie, février et mars 1892.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 21 juillet 1906.
Pour le Recteur,
*Le Doyen délégué,*
MAIRET.

Vu et approuvé
Montpellier, le 21 juillet 1906.
*Le Doyen,*
MAIRET.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*